

EIN FRAGEBOGEN ZUR SITUATION VON FAMILIEN MIT SÄUGLINGEN UND
KLEINKINDERN IN DEUTSCHLAND. AUF IHRE UNTERSTÜTZUNG ZÄHLEN WIR!



KiD 0-3

KINDER IN DUISBURG

AUSFÜLLHINWEISE

Was ist ein Haushalt?

Als Haushalt gilt jede Gesamtheit von Personen, die zusammen wohnen und wirtschaften, d.h. die in der Regel ihren Lebensunterhalt gemeinsam finanzieren bzw. die Ausgaben für den Haushalt gemeinsam teilen (einschließlich Wohngemeinschaften mit gemeinsamer Haushaltsführung). Dazu gehören auch die vorübergehend abwesenden Personen, z. B. Berufspendler/-innen, Studenten/Studentinnen, Auszubildende, Personen im Krankenhaus/Urlaub/Wehr- und Zivildienst. Entscheidend ist, dass die Abwesenheit nur vorübergehend ist und die Person normalerweise im Haushalt wohnt bzw. mit ihrem ersten Wohnsitz an der Adresse des Haushalts gemeldet ist. Personen, die in einem Haushalt nur für sich selbst wirtschaften (Alleinlebende, Wohngemeinschaften ohne gemeinsame Haushaltsführung) gelten als eigenständige Haushalte. Untermieter, Gäste, Hausangestellte gehören nicht zum Haushalt (Haushaltsdefinition nach: Statistisches Bundesamt/Eurostat).

Welche Einkünfte bestimmen einen „Hauptverdiener“/eine „Hauptverdienerin“ im Haushalt?

Es zählen alle Erwerbseinkommen, Einkommen aus Vermögen und die einer einzelnen Person zurechenbaren (Lohnersatz-) Leistungen der Sozialversicherung bzw. anderer Versorgungskassen (also z.B. Arbeitslosengeld, Elterngeld usw., aber auch Renten und Pensionen). Andere Leistungen, die einer Familie oder anderen Bedarfsgemeinschaft zufließen (z.B. Sozialgeld, Kindergeld usw.) können unter Umständen keiner einzelnen Person zugerechnet und müssen somit nicht bei der Bestimmung eines Hauptverdieners/einer Hauptverdienerin berücksichtigt werden.

Wie berechnet man das Nettoeinkommen eines Haushalts?

Das monatliche Haushaltsnettoeinkommen ist die Summe der monatlichen Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder. Es errechnet sich aus den Bruttoeinkünften z. B. Lohn/Gehalt, Weihnachtsgeld, Sonderzahlungen, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Einkommen aus Vermögen, Rente/Pension, Arbeitslosengeld, Sozialgeld, Wohngeld, Kindergeld und anderen öffentlichen Zahlungen, abzüglich Steuern und Pflichtbeiträgen zur Sozialversicherung (Definition nach: Statistisches Bundesamt/Eurostat).

FRAGEBOGEN

Lebenssituation in Familien mit Säuglingen und Kleinkindern

Die erste Zeit des Aufwachsens von Kindern ist eine ereignisreiche Zeit für Familien. Nicht immer werden Familien dabei ausreichend unterstützt. Mit Ihrer Hilfe möchten wir die Situation von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland besser verstehen und erfahren, welche Sorgen, Probleme und Wünsche Eltern haben. Ihre Mitarbeit an der Studie hilft dabei, dass Familien zukünftig so unterstützt werden können, wie sie es brauchen.

Bitte lesen Sie sich die folgenden Fragen aufmerksam durch und machen Sie bei jeder Frage ein Kreuz in dem Kästchen, welches am besten auf Ihre Situation zutrifft.

Die Fragen beziehen sich auf das Kind, mit dem Sie heute zur U-Untersuchung in die Kinderarztpraxis gekommen sind. Bitte beziehen Sie sich bei den Antworten auf dieses Kind.

Alle Angaben werden **streng vertraulich** und den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz entsprechend behandelt.

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung!

Wann ist das Kind geboren?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tag

Monat

Jahr

Ist das Kind ein Mädchen oder ein Junge?

Mädchen

Junge

In welcher Beziehung stehen Sie zum Kind?

Mutter und Vater
sind die leiblichen Eltern
oder Adoptiveltern

Ich bin die Mutter.

Ich bin der Vater.

Ich bin weder die Mutter/der Vater sondern:

Bitte benennen

Welche Lebenssituation trifft derzeit auf Sie zu?

	Ja	Nein
Ich lebe mit dem anderen leiblichen Elternteil des Kindes in einem Haushalt zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn <i>Nein</i> (Mehrfachnennungen sind möglich):		
Ich lebe in einer Partnerschaft mit dem anderen leiblichen Elternteil des Kindes, wohne aber nicht in einem gemeinsamen Haushalt mit ihm/ihr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht Kontakt zum anderen Elternteil, aber wir sind keine Lebenspartner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht kein Kontakt zum anderen Elternteil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen Lebenspartner, der nicht Elternteil des Kindes ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin alleinerziehend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Falls Ihr Kind jünger als 14 Monate ist,
machen Sie bitte auf den orangefarbenen Seiten (Seite 5) weiter.**

**Falls Ihr Kind 14 Monate oder älter ist,
machen Sie bitte auf den blauen Seiten (Seite 9) weiter.**



Fragen zu Kindern im Alter von
1 bis 13 Monaten

Im Folgenden geht es jetzt um das Kind, mit dem Sie heute zur Vorsorgeuntersuchung gekommen sind.

	Ja	Nein
Haben Sie sich während der Schwangerschaft auf das Kind gefreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie während der Schwangerschaft je über Abtreibung oder Adoption nachgedacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handelt es sich bei Ihrem Kind um eine Frühgeburt, d.h. um eine Geburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind eine Mehrlingsgeburt, also ein Zwilling, Drilling, usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihrem Kind möglicherweise eine Behinderung oder eine schwere Erkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie würden Sie die allgemeine Gesundheit Ihres Kindes beschreiben?

Sehr gut	Gut, nur einige wenige Probleme	Manchmal recht schlecht	Fast immer schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun stellen wir Ihnen einige Fragen zum Schlafen, Schreien und Füttern. Denken Sie bitte an die vergangene Woche. Hinweis: Falls die vergangene Woche ungewöhnlich gewesen sein sollte (z.B. weil Sie nicht zu Hause waren), denken Sie bitte an die letzte typische Woche.

Zuerst geht es um das Schlafen. Wie häufig kamen die folgenden Ereignisse in der letzten (typischen) Woche bei Ihnen vor?

	Gar nicht	1–3 Mal	4–6 Mal	täglich
Mein Kind schläft zu wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind kann innerhalb von 30 Minuten zum Schlafen gebracht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind wacht 2 Mal oder öfter in der Nacht auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat nächtliche Wachphasen von mindestens 15 Minuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nie / selten	Manchmal	Häufig	Immer
Wie häufig spricht Ihr Kind auf die von Ihnen angebotenen (Wieder-) Einschlahhilfen an (z.B.: mit dem Kind sprechen, ihm etwas vorsingen, es herumtragen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
Wie stark fühlen Sie sich durch das Schlafverhalten Ihres Kindes belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kinder machen sich, manchmal auch recht lautstark, bemerkbar. Wie ist das bei Ihrem Kind?

	Weniger als andere Kinder	Soviel wie andere Kinder auch	Mehr als andere Kinder	Ich weiß es nicht
Wie viel schreit oder weint Ihr Kind im Vergleich zu anderen Kindern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nie/selten	Manchmal	Häufig	Immer
Wenn Ihr Kind schreit oder weint, wie oft lässt es sich dann von Ihnen beruhigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
Wie stark fühlen Sie sich durch das Schreien/Weinen Ihres Kindes belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun zur Ernährung Ihres Kindes. Wie isst und trinkt Ihr Kind?

Wird bzw. wurde Ihr Kind gestillt?	Ja, mein Kind wird gestillt	Ja, mein Kind wurde gestillt, jetzt aber nicht mehr	Nein, mein Kind wurde nicht gestillt	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falls Ihr Kind gestillt wurde, bis zu welchem Alter wurde es gestillt?	Monate	Wochen		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Mein Kind isst gerne/wird gerne gestillt/ bekommt gerne sein Fläschchen.	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Probleme mit dem Kauen, Saugen oder Schlucken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind isst nicht genug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind isst zu viel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mahlzeiten dauern sehr lange.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mein Kind gut füttern, bzw. dafür sorgen, dass es gut isst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie stark fühlen Sie sich durch das Essverhalten Ihres Kindes belastet?	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jedes Kind ist einzigartig. Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben?

	Nie/selten	Manchmal	Häufig
Mag Ihr Kind es, hochgehoben und auf dem Arm gehalten zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interessiert sich Ihr Kind für Dinge in seiner Umgebung, z.B. für Menschen, Spielzeuge und Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheint Ihr Kind zufrieden zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft ist Ihr Kind sehr aufgeregt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Probleme sich zu beruhigen, wenn es aufgeregt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind untröstlich, wenn es einmal zu weinen begonnen hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steigert sich Ihr Kind in große Aufregung hinein bis es völlig erschöpft ist (z.B. wenn es wütend ist)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie die folgenden Themen schon einmal bei Ihrer Kinderärztin/ Ihrem Kinderarzt oder bei einer anderen Fachkraft als Problem angesprochen?

	Ja, bei der Kinderärztin/ dem Kinderarzt	Ja, bei einer anderen Fachkraft (bitte angeben)	Nein
das Schlafverhalten Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
das Schreien/Weinen Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
das Essverhalten Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Wünschen Sie sich fachkundige Beratung/Unterstützung bezüglich

	Ja	Nein
des Schlafverhaltens Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Schreiens oder Weinens Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Essverhaltens Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was freut Sie am meisten an Ihrem Kind?

Bitte machen Sie auf den grünen Seiten (Seite 15) weiter.



Fragen zu Kindern im Alter von
14 bis 36 Monaten

Im Folgenden geht es jetzt um das Kind, mit dem Sie heute zur Vorsorgeuntersuchung gekommen sind.

	Ja	Nein
Haben Sie sich während der Schwangerschaft auf das Kind gefreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie während der Schwangerschaft je über Abtreibung oder Adoption nachgedacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handelt es sich bei Ihrem Kind um eine Frühgeburt, d.h. um eine Geburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind eine Mehrlingsgeburt, also ein Zwilling, Drilling, usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihrem Kind möglicherweise eine Behinderung oder eine schwere Erkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie würden Sie die allgemeine Gesundheit Ihres Kindes beschreiben?

Sehr gut	Gut, nur einige wenige Probleme	Manchmal recht schlecht	Fast immer schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun stellen wir Ihnen einige Fragen zum Schlafen, Schreien und Füttern. Denken Sie bitte beim Beantworten der Fragen an die vergangene Woche. **Hinweis:** Falls die vergangene Woche ungewöhnlich gewesen sein sollte (z.B. weil Sie nicht zu Hause waren), denken Sie bitte an die letzte typische Woche.

Zuerst geht es um das Schlafen. Wie häufig kamen die folgenden Ereignisse in der letzten (typischen) Woche bei Ihnen vor?

	Gar nicht	1–3 Mal	4–6 Mal	täglich
Mein Kind schläft zu wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schläft ohne Protest schnell ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind wacht 2 Mal oder öfter in der Nacht auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat nächtliche Wachphasen von mindestens 15 Minuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nie / selten	Manchmal	Häufig	Immer
Wie häufig spricht Ihr Kind auf die von Ihnen angebotenen (Wieder-) Einschlafhilfen an (z.B.: mit dem Kind sprechen, ihm etwas vorsingen, es herumtragen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
Wie stark fühlen Sie sich durch das Schlafverhalten Ihres Kindes belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kinder machen sich, manchmal auch recht lautstark, bemerkbar. Wie ist das bei Ihrem Kind?

		Weniger als andere Kinder	Soviel wie andere Kinder auch	Mehr als andere Kinder	Ich weiß es nicht
Wie viel weint, quengelt oder trotzt Ihr Kind im Vergleich zu anderen Kindern?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nie	Weniger als einmal in der Woche	Mindestens einmal in der Woche	An den meisten Tagen	Mehrmals täglich
Wie oft hat Ihr Kind Trotz- oder Wutanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Weniger heftig als bei anderen Kindern	So heftig wie bei anderen Kindern auch	Heftiger als bei anderen Kindern	Ich weiß es nicht
Wie heftig sind die Trotzanfälle Ihres Kindes im Vergleich zu anderen Kindern?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nie/selten	Manchmal	Häufig	Immer
Wenn Ihr Kind anhaltend schreit und schwer zu beruhigen ist, wie häufig haben Sie den Eindruck, dass die Ursache Trotz sein könnte?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ihr Kind weint, quengelt oder trotzt: wie oft lässt es sich dann von Ihnen beruhigen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
Wie stark fühlen Sie sich durch das Weinen, Quengeln oder Trotzen Ihres Kindes belastet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun zur Ernährung Ihres Kindes. Wie isst Ihr Kind?

	Ja, mein Kind wird gestillt	Ja, mein Kind wurde gestillt, jetzt aber nicht mehr	Nein, mein Kind wurde nicht gestillt	
Wird bzw. wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Monate	Wochen		
Bis zu welchem Alter wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
Mein Kind isst gerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Probleme mit dem Kauen, Saugen oder Schlucken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind isst nicht genug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind isst zu viel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mahlzeiten dauern sehr lange.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann dafür sorgen, dass mein Kind gut isst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
Wie stark fühlen Sie sich durch das Essverhalten Ihres Kindes belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jedes Kind ist einzigartig. Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben?

	Nie/selten	Manchmal	Häufig
Mag Ihr Kind es, geknuddelt und liebkost zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interessiert sich Ihr Kind für Dinge in seiner Umgebung, z.B. für Menschen, Spielzeuge und Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheint Ihr Kind zufrieden zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft ist Ihr Kind sehr aufgeregt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Probleme sich zu beruhigen, wenn es aufgeregt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht Ihr Kind nach Ihnen, wenn sich ein Fremder nähert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erscheint Ihr Kind Fremden gegenüber zu freundlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versichert sich Ihr Kind, dass Sie in der Nähe sind, wenn es neue Orte erkundet, z.B. einen Park oder die Wohnung eines Freundes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgt Ihr Kind einfachen Anweisungen? Setzt es sich z.B. hin, wenn es dazu aufgefordert wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihr Kind das, was Sie ihm sagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind warten, bis es an der Reihe ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihr Kind absichtlich Dinge kaputt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt Ihr Kind gut mit anderen Kindern (nicht nur mit Geschwistern)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind untröstlich, wenn es einmal zu weinen begonnen hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steigert sich Ihr Kind in große Aufregung hinein bis es völlig erschöpft ist (z.B. wenn es wütend ist)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
Wie stark fühlen Sie sich durch Ungehorsam oder Aggressionen Ihres Kindes belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie die folgenden Themen schon einmal bei Ihrer Kinderärztin/
Ihrem Kinderarzt oder bei einer anderen Fachkraft als Problem angesprochen?

	Ja, bei der Kinderärztin/ dem Kinderarzt	Ja, bei einer anderen Fachkraft (bitte angeben)	Nein
das Schlafverhalten Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
das Weinen, Quengeln oder Trotzen Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
das Essverhalten Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
Ungehorsam oder Aggressionen Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>

Wünschen Sie sich fachkundige Beratung/Unterstützung bezüglich

	Ja	Nein
des Schlafverhaltens Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Schreiens/Weinens/Trotzens Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Essverhaltens Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungehorsam oder Aggressionen Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was freut Sie am meisten an Ihrem Kind?

Bitte machen Sie auf den grünen Seiten (Seite 15) weiter.



Fragen für die Eltern von Kindern
beider Altersgruppen

Einige der Fragen, die wir Ihnen im Weiteren stellen, werden von manchen Befragten als sehr persönlich empfunden. Selbstverständlich brauchen Sie nichts zu beantworten, was Sie nicht möchten. Für unser Forschungsprojekt ist es von großer Bedeutung, dass wir von möglichst vielen Teilnehmern ehrliche und vollständige Antworten bekommen. Deswegen möchten wir Sie herzlich bitten, möglichst alle Fragen zu beantworten, und Ihnen nochmals versichern, dass alle Angaben streng vertraulich behandelt werden.

Ein Kind zu bekommen ist eine große Veränderung im Leben und bringt viele neue Herausforderungen mit sich. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft vollkommen zu
Mutter/Vater zu sein ist schwieriger als ich dachte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit ich Vater/Mutter bin, ist es schwierig für mich, neue Kontakte zu knüpfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es macht mir viel Freude, mein Kind zu beobachten und herauszufinden, womit es sich gerade beschäftigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch die Verantwortung als Mutter/Vater manchmal eingeengt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass man Kinder leicht verwöhnt, wenn man ständig auf ihre Launen und Stimmungen eingeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich außer mir bin, fasse ich mein Kind manchmal härter an, als ich es eigentlich richtig finde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal schreit mein Kind nur um mich zu ärgern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft auf mich alleine gestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir manchmal schwer herauszufinden, was mein Kind braucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mein Kind schon mal für einige Zeit außer Sicht- und Hörweite alleine lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir manchmal nicht sicher, ob ich den Anforderungen als Mutter/Vater wirklich gewachsen bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist schon mal vorgekommen, dass ich über das Wochenende nicht genügend Nahrung für mein Kind zuhause hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, als Mutter/Vater auf vieles verzichten zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei mir hat es etwas länger gedauert, bis ich ein Gefühl der Nähe und Wärme zu meinem Kind entwickelt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie gut fühlen Sie sich bei der Erziehung und Betreuung Ihres Kindes unterstützt?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft vollkommen zu
Es gibt genügend Menschen, die zeitweise die Betreuung meines Kindes übernehmen würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mir Sorgen um mein Kind mache oder Probleme mit meinem Kind auftreten, habe ich genügend Menschen, die ich um Rat fragen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Unterstützung, die Sie bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie häufig haben Sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet gefühlt?

	nie	selten	manchmal	häufig	fast immer	immer
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft haben Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit Ihren persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich Aufgaben oder Probleme so sehr aufgestaut haben, dass Sie diese nicht bewältigen können?	<input type="checkbox"/>					

Und wenn Sie jetzt Ihr gesamtes Wohlbefinden in der letzten Zeit betrachten ...

	Ja	Nein
Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie sich momentan in einer Partnerschaft befinden, füllen Sie bitte auch den markierten Bereich aus, ansonsten machen Sie bitte auf Seite 17 unten weiter.

Unabhängig davon, wie gut man sich als Paar versteht, kommt es immer wieder vor, dass die beiden Partner in wichtigen Entscheidungen unterschiedlicher Meinung sind. Daher möchten wir Ihnen ein paar Fragen zu Ihrer Partnerschaft stellen.

	nie	selten	manch- mal	häufig	fast immer	immer
Wie oft gab es bei Ihnen in den letzten Wochen Meinungsverschiedenheiten darüber, wie Sie Ihr Kind erziehen, versorgen oder betreuen?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft kam es im letzten halben Jahr zu lautstarken Auseinandersetzungen zwischen Ihnen und Ihrem Partner?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft überlegen oder sprechen Sie von Trennung?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft denken Sie, dass die Dinge zwischen Ihnen und Ihrem Partner im Allgemeinen gut laufen?	<input type="checkbox"/>					
Können Sie sich auf Ihren Partner verlassen, vertrauen Sie ihm?	<input type="checkbox"/>					

	extrem unglück- lich	ziemlich unglück- lich	ein wenig unglück- lich	glücklich	sehr glücklich	äußerst glücklich	perfekt
Wie glücklich sind Sie im Augenblick in Ihrer Partnerbeziehung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Kam es im letzten halben Jahr einmal oder öfter zu Handgreiflichkeiten zwischen Ihnen und Ihrem Partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals in Ihrem Leben eine Partnerschaft, in der es zu gewalttätigen Übergriffen kam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie man seine Kinder erziehen will, hat oft auch damit zu tun, was man selbst in seiner Kindheit erlebt hat, indem man Dinge beispielsweise anders machen möchte. Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Ihre eigene Kindheit zu?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft vollkommen zu
In meiner Kindheit habe ich viel Liebe erfahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde daheim oft ungerecht behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern haben mich oft hart bestraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern haben sich oft nicht so um mich gekümmert, wie ich es als Kind gebraucht hätte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Über verschiedene familiäre Bereiche kann man sich mehr oder weniger Sorgen machen. Uns würde interessieren, inwieweit Sie oder Ihr Partner sich Sorgen in einem der folgenden Bereiche machen.

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft vollkommen zu
Ich/wir machen uns Sorgen darüber, nicht ausreichend Geld für unsere Grundversorgung (z.B. Kleidung, Wohnung, Nahrung, Gesundheitsfürsorge) zur Verfügung zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich/wir machen uns Sorgen um eine Arbeitsstelle, über Probleme am Arbeitsplatz oder darüber, keine Arbeitsstelle zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich/wir machen uns Sorgen um die Entwicklung unseres Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich/wir machen uns Sorgen über eine Krankheit oder Behinderung, an der ein Familienmitglied leidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neben den Veränderungen, die durch ein Kind auf eine Familie zukommen, kann es auch noch andere Dinge geben, die für Familien herausfordernd oder auch belastend sein können. Sind die folgenden Ereignisse bei Ihnen vorgekommen?

	Ja	Nein		
Wurde Ihnen durch das Jugendamt schon einmal eine Maßnahme angeboten oder in Ihrer Familie durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<i>Wenn Ja:</i> Geschah dies auf Ihren Wunsch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<hr/>				
	Ja	Nein		
Waren Sie oder Ihr Partner jemals wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	gar nicht	kaum	etwas	deutlich
<i>Wenn Ja:</i> Wie sehr fühlen Sie sich aktuell durch diese psychische Erkrankung beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
	Ja	Nein		
Hatten Sie oder Ihr Partner jemals Probleme mit Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	gar nicht	kaum	etwas	deutlich
<i>Wenn Ja:</i> Wie sehr fühlen Sie sich aktuell durch diese Probleme beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
	Ja	Nein		
Hatten Sie oder Ihr Partner jemals Probleme mit Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	gar nicht	kaum	etwas	deutlich
<i>Wenn Ja:</i> Wie sehr fühlen Sie sich aktuell durch diese Probleme beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bevor wir zum Ende kommen, möchten wir Ihnen gerne noch ein paar Fragen zu Ihnen und Ihrem Haushalt stellen.

Um die Lebenssituation Ihres Kindes besser einschätzen und mit der von anderen Kindern vergleichen zu können, benötigen wir relativ detaillierte Informationen über Ihre eigene Lebenssituation. Dieser sogenannte „sozial-demografische“ Teil ist ein wichtiger Bestandteil von vielen wissenschaftlichen Studien.

Wie alt sind Sie?

Jahre

Wo sind Sie geboren?

In Deutschland

In einem anderen Land

Wo sind Ihre Eltern geboren?

In Deutschland

In einem anderen Land

– Ein Elternteil

– Beide Elternteile

Welche Staatsbürgerschaft besitzen Sie?

Die deutsche (einschließlich doppelte Staatsbürgerschaft)

Eine ausländische Staatsbürgerschaft

Hinweis: Erklärung des Begriffs „Haushalt“ siehe Klappe des Umschlags

Wie viele Personen leben derzeit insgesamt mit Ihnen zusammen in einem Haushalt (Sie selbst und die Kinder mit eingeschlossen)?

Personen

Wie viele dieser Personen sind Kinder und Jugendliche (also jünger als 18 Jahre)?

Davon

Kinder im ersten Lebensjahr (0–12 Monate)

Kinder im zweiten Lebensjahr (13–24 Monate)

Kinder im dritten Lebensjahr (25–36 Monate)

Kinder im vierten Lebensjahr (37–48 Monate)

Kinder im Alter von 4–13 Jahren

Jugendliche im Alter von 14–17 Jahren

Wer trägt den größten Teil zum Haushaltseinkommen bei?

Ich selbst

Eine andere Person

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen für sich selbst und gegebenenfalls zum Hauptverdiener bzw. der Hauptverdienerin. Hinweis: Erklärung des Begriffs „Hauptverdiener“ in der Innenklappe des Umschlags. Wenn Sie selbst den größten Teil des Haushaltseinkommens beitragen, brauchen Sie natürlich nur eine Spalte auszufüllen (d.h. die erste Spalte / „Sie selbst“)!

Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss ...

	... haben Sie selbst?	... hat der Hauptverdiener/ die Hauptverdienerin?
Kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur (allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiger Abschluss (bitte beschreiben):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für Sie selbst

Für den Hauptverdiener/
die Hauptverdienerin

Welchen höchsten beruflichen Abschluss ...

		... haben Sie selbst?	... hat der Hauptverdiener/ die Haupt- verdienerin?
<p>Hinweis: Bei einem im Ausland erworbenen Abschluss wählen Sie bitte denjenigen Abschluss aus der Liste, der diesem am ehesten entspricht oder beschreiben ihn unter „sonstiger Abschluss“.</p>	Kein beruflicher Ausbildungsabschluss (bzw. bisher nur berufliches Praktikum, Berufsvorbereitungsjahr oder Anlernausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Abschluss einer Lehrausbildung („Lehre“) oder Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Berufsqualifizierender Abschluss an einer Berufsfachschule, Kollegschule, Abschluss einer einjährigen Schule des Gesundheitswesens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Meister-/Technikerausbildung oder gleichwertiger Fachschulabschluss; Abschluss einer zwei- oder dreijährigen Schule des Gesundheitswesens, einer Fachakademie oder einer Berufsakademie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hochschulabschluss (an einer Fachhochschule, Kunsthochschule oder Universität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiger Abschluss (bitte beschreiben):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>		
Für Sie selbst	<input type="text"/>		
Für den Hauptverdiener/ die Hauptverdienerin	<input type="text"/>		

Welche Lebenssituation trifft überwiegend auf ...

	... Sie selbst zu?	... den Hauptverdiener/ die Haupt- verdienerin zu?
Arbeitslos/arbeitssuchend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwerbstätig, nicht in Elternzeit (einschließlich Teilzeitjob/Minijob)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elternzeit, komplett oder anteilig (bei genereller Erwerbstätigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht erwerbstätig (z.B. Betreuung von Kindern und Angehörigen, Ruhestand, in Ausbildung usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls eine Erwerbstätigkeit vorliegt oder jemals vorlag (dabei kann es sich auch um „Minijobs“ handeln!):

Welche berufliche Stellung ...

	... haben bzw. hatten Sie selbst in Ihrer letzten Stelle?	... hat bzw. hatte der Hauptverdiener/ die Hauptverdienerin in seiner/ihrer letzten Stelle?
Angestellte/-r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiter/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamtin/Beamter (auch Anwärter/-in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landwirt/in im Haupterwerb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständig erwerbstätig (mit Mitarbeitern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständig erwerbstätig (ohne Mitarbeiter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mithelfende/-r Familienangehörige/-r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auszubildende/-r (auch Praktikant/-in, Volontär/-in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wehr-/Zivildienstleistender oder freiwilliges soziales Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch nie eine Erwerbstätigkeit ausgeübt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun zu Ihrer finanziellen Situation und Ihrer Wohnsituation:

Haben Sie oder andere Haushaltsmitglieder in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere der nachfolgend genannten staatlichen Leistungen erhalten?

	Ja	Nein
- Arbeitslosengeld II („Hartz IV“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sozialgeld (nach SGB II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sozialhilfe (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, Leistungen nach SGB XII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haushaltseinkommen und Wohnsituation

Hinweis: Bitte rechnen Sie auch das Kindergeld, mögliche Unterhaltszahlungen und Einkünfte aus Nebenverdiensten oder Vermögen mit zum Einkommen hinzu. Erklärung des Begriffs „Haushaltsnettoeinkommen“ siehe Innenklappe des Umschlags

Wie hoch ist das ungefähre monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts (also nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben)?

bitte Werte eintragen

Euro

Wie viele Zimmer hat Ihre Wohnung/Ihr Haus ohne Küche, Bad, Flur und Keller?

Zimmer

Wie groß ist die gesamte Wohnfläche ungefähr in Quadratmeter?

m²

Welche Unterstützung würden Sie sich (zusätzlich noch) wünschen?
Wie können die Angebote für Familien aus Ihrer Sicht verbessert werden?

Wann haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?

Ausfülldatum . .

Tag Monat Jahr

*Wir danken Ihnen
für Ihre Mitarbeit an der Studie!*

Bildnachweis

© Corbis Images: Titel, S 10, S 14 | © Getty Images: S 20

← *Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens.
Bitte Aufklappen!*